

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้าน
เพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองของประชาชนในเขตตำบลหนองแก้ว
อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ศิริไล โปธิชัย พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแบบครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 318 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติไควสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.74 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94 ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคลคือ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะการจัดทำอาหารประกอบประเพณีพิธีกรรมและบุคคลที่ทำหน้าที่จัดหาอาหารให้กับสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ความรู้มีความสัมพันธ์ในทิศทางกลับกันกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.135, p < 0.05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.450, p < 0.01$)

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนที่ทำหน้าที่จัดหาอาหารในครัวเรือน มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้าน และนำมาใช้ทั้งในการประกอบอาหารในครัวเรือนและประกอบประเพณีพิธีกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

คำสำคัญ : การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้าน การดูแลตนเอง ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม

Factors Related to Application of Local Wisdom in Food for Self-Care of People in Nong Kaew Sub-District, Mueang Sisaket District, Sisaket Province

Sivilai Pochai M.N.S.*

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the application of local wisdom in food for self-care, knowledge and social support about local wisdom in food for self-care and study the factors related to the application of local wisdom in food for self-care of people. The samples were 318 representatives of households living in Nong Kaew district, Mueang Sisaket, Sisaket province. The instruments for data collection were the questionnaires with Cronbach's alpha coefficient of 0.95. The data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. The relationship was analyzed using Chi-square test and Pearson's correlation coefficient.

The finding found that the application of local wisdom in food for self-care among samples was above average (mean 3.74, standard deviation 0.94). Most samples had the knowledge about local wisdom in food for self-care in average scores. The social support to application of local wisdom in food for self-care was above average. Five personal factors; educational level, marriage status, occupation, preparation of food for ritual and event, and the responsible person for providing daily meal in households were correlated significantly with the application of local wisdom in food for self-care ($p < 0.01$). The knowledge about local wisdom in food for self-care was negatively correlated with the application of local wisdom in food for self-care ($r = -0.135$, $p < 0.05$). The social support was positively correlated with the application of local wisdom in food for self-care ($r = 0.450$, $p < 0.01$).

Therefore, the knowledge and awareness of the significance in applying the local wisdom in food for self-care should be promoted to people who are responsible for household cooking. The local wisdom in food for self-care should be applied to household cooking and ritual purpose to gain a better outcome for health care.

Keywords : Application of local wisdom in food, Self-care, Knowledge, Social support

* Nursing Instructor, Faculty of Nursing , Chalermkarnchana University

บทนำ

อาหารพื้นบ้านเป็นอาหารที่ประชาชนคนไทยบริโภคอยู่ในชีวิตประจำวัน และบริโภคในโอกาสต่างๆ โดยอาศัยเครื่องปรุง วัสดุที่นำมาประกอบอาหารจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากแหล่งธรรมชาติที่แวดล้อมอยู่ด้วยการเก็บของป่า การล่าสัตว์ การจับสัตว์น้ำ และจากการผลิตขึ้นมาเอง เช่น การเพาะปลูก การเลี้ยงสัตว์ หรือจากการซื้อขายแลกเปลี่ยน โดยมีกรรมวิธีการประกอบอาหารที่เป็นเอกลักษณ์ รวมทั้งรสชาติที่เป็นเฉพาะถิ่นแตกต่างกันไป¹ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้พืชผักธรรมชาติ จากหัวไร่ปลายนา เป็นวัตถุดิบ ไม่มีสารปรุงแต่งใดๆ จึงปลอดภัยต่อสุขภาพ²

ภูมิปัญญาไทยเป็นองค์ความรู้ที่มีความสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมที่ผ่านการพัฒนามาเป็นลำดับ จึงเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ภูมิปัญญาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต จึงมีความสำคัญต่อการประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ภูมิปัญญาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาจิตวิญญาณ³ อาหารพื้นบ้านเป็นวัฒนธรรมที่ต้องมีการสืบทอดภูมิปัญญาจากรุ่นต่อรุ่น แต่องค์ความรู้เหล่านี้ยังไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง รวมถึงการรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ยังไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴

วัฒนธรรมด้านอาหาร มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการกินอาหารของคนเรา อาหารไทยนอกจากจะมีรสชาติและความอร่อยแล้ว ยังมีส่วนประกอบเป็นผักพื้นบ้านและอุดมไปด้วยสมุนไพรหลายชนิด ครอบครัวไทยต้องเป็นจุดเริ่มต้นในเรื่องนี้ เนื่องจากปัจจุบัน หัวหน้าครอบครัวไม่ประกอบอาหารเอง มักจะซื้ออาหารนอกบ้านมารับประทาน จึงทำให้เกิดช่องว่างในการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมอาหารจากพ่อแม่สู่ลูก นอกจากนี้ อาหารที่จำหน่ายทั่วไป ยังพบปัญหาความปลอดภัยในอาหารเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยของโรคระบบทางเดินอาหารและโรคทางโภชนาการทั้งโภชนาการขาดและโภชนาการเกิน ดังนั้นครอบครัวไทยต้องเป็นจุดเริ่มต้น

ของการสร้างสังคมที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อสุขภาพ⁵

จากสถานการณ์ของโรคติดต่อเรื้อรัง พบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึงร้อยละ 60 เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง สาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมอาหารที่ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน กินอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นปัญหาในระดับประเทศ หากประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ จะสามารถแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขด้วย⁶

การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดี⁷ เป้าหมายของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของ โอเร็ม คือ การช่วยให้บุคคลสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน⁸ การดูแลสุขภาพบุคคล พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้รับบริการ โดยให้การพยาบาลครบทั้ง 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ให้ประชาชนทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของสุขภาพและหันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพดีด้วยแนวทางต่างๆ⁹

ความรู้ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุและปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน¹⁰ ระดับของความรู้ ประกอบด้วย การจำ ความเข้าใจ การปรับใช้ การวิเคราะห์ การประเมิน การสร้างสรรค์ ความรู้ในด้านการนำไปใช้ เป็นความสามารถ

ของผู้เรียนในการนำความรู้ที่ตนได้เรียนรู้ไปใช้แก้ปัญหา ในสถานการณ์ที่ตนต้องเผชิญหรือในชีวิตจริง โดยการลงมือกระทำตามขั้นตอนและการประยุกต์ใช้ด้วยวิธีการที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพและสามารถดำเนินการได้จริง¹¹

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น¹² การให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่พอเพียง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพทางกาย และส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง¹³

ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่เขตชนบทมีประชากรจำนวน 6,628 คน จำนวนหลังคาเรือน 1,559 หลังคาเรือน ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและต้องเร่งรีบเดินทางไปทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารโดยเฉพาะอาหารพื้นบ้าน จากสถิติข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนตำบลหนองแก้ว ประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 534 รายโรคที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 297 ราย (ร้อยละ 55.62) รองลงมา คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 147 ราย (ร้อยละ 27.53) และโรคเบาหวาน 90 ราย (ร้อยละ 16.85)^{9,14}

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านและการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน มีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละภูมิภาค ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านในการนำไปประยุกต์ใช้ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคม ส่งผลดีทั้งทางบวกกับบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้เรื่องภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อ

สุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากยังไม่พบรายงานการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเองของพื้นที่ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปวางแผนดำเนินงานพัฒนาด้านการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamanetaro¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 318 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากร จำนวน 1,559 คน จำนวน 12 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ 5 ข้อ ด้านแหล่งวัตถุดิบและการเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหาร 5 ข้อ และด้านการปรุงอาหาร 5 ข้อ สร้างคำถามตามกรอบแนวคิดของชลลดา ทวีคุณ และจิราณีย์ พันมุล^{11,16} โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด โดยมีความหมายดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ตอบถูกต้อง คะแนน 0 หมายถึง ตอบผิด โดยค่าคะแนนมีเกณฑ์การแปลผลใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom¹⁷ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 60% หรือ น้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

คะแนน 60 – 79% หรือ 9 – 12 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนมากกว่า 80% หรือ มากกว่า 12 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว 5 ข้อ ด้านการสนับสนุนจากชุมชน 5 ข้อ และด้านการสนับสนุนจากรัฐและเอกชน 5 ข้อ สร้างคำถามตามกรอบแนวคิดของ House^{1,18} ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบบลิเคิต (Likert Scale) 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีค่าคะแนนดังนี้ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 1 คะแนน หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง 0 คะแนน หมายถึงไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์โดยวิธีอิงกลุ่มของ Best¹⁹ วิเคราะห์โดยใช้สูตร (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด/จำนวนชั้น) ซึ่งการแปลผลรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00–0.66 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 0.67–1.33 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.34– 2.00 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อ ด้านการป้องกันโรค 5 ข้อ ด้านการรักษาโรคและด้านการฟื้นฟูสภาพ 5 ข้อ สร้างคำถามตามกรอบแนวคิดของกุนนที พุ่มสงวน⁹ ชลลดา ทวีคุณ และจิราณีย์ พันมุล¹⁶ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบบลิเคิต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีค่าคะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึงมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึงมาก 3 คะแนน หมายถึงปานกลาง 2 คะแนน หมายถึงน้อย 1 คะแนน

หมายถึงน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์วิธีอิงกลุ่มของ Best¹⁹ วิเคราะห์โดยใช้สูตร (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด/จำนวนชั้น) ซึ่งการแปลผลรายข้อแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ระดับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง ระดับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง ระดับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านภูมิปัญญาไทย จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) พบว่า มีความเหมาะสมและปรับภาษาในบางข้อ มีความตรงตามเนื้อหาโดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Congruence; IOC) เท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับตัวแทนครัวเรือนที่ชุมชนบ้านโพธิ์ ตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.95 เมื่อคำนวณรายด้าน พบว่า ด้านความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคมในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96, 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา รหัสจริยธรรมเลขที่ มจน. พย. 2558-2561 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2561 ผู้วิจัย ได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำ ตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยพร้อมทั้งลงนามยินยอม และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล การชี้แจงสิทธิ์ ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถ ปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่ส่งผล กระทบใดๆ และไม่มีเปิดเผยข้อมูลให้เกิดความ เสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมและ นำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความ ถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำตอบของแต่ละฉบับเพื่อ นำไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยหา จำนวนและความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ย (Mean; \bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 318)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		รายได้	
ชาย	103 (32.4)	ต่ำกว่า 5,000 บาท	166 (52.2)
หญิง	215 (67.6)	5,000-10,000 บาท	121 (38.1)
		มากกว่า 10,000 บาท	31 (9.7)
$\bar{X} = 4,704$ S.D. = 4.00 Min 700 บาท Max 15,000 บาท			
อายุ		สถานภาพสมรส	
ต่ำกว่า 30 ปี	74 (23.2)	โสด	32 (10.1)
30-39 ปี	108 (34.0)	สมรส	238 (74.8)
40-49 ปี	33 (10.4)	หม้าย	41 (12.9)
มากกว่า 50 ปี	103 (32.4)	หย่า	7 (2.2)
$\bar{X} = 49.45$ S.D. = 1.53 Min 20 ปี Max 77 ปี			

(Standard Deviation; S.D.)

2. การวิเคราะห์ความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ และการวิเคราะห์การ สนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน เพื่อสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยการคำนวณหา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคลกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน อาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองด้วยสถิติ โคลสแควร์ (Chi-square)

4. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภูมิปัญญาอาหารพื้น บ้านเพื่อสุขภาพกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง โดย การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่

1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 318) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา		อาชีพ	
ประถมศึกษา	217 (68.3)	รับราชการ	6 (1.9)
มัธยมศึกษาตอนต้น	45 (14.2)	ธุรกิจ/ค้าขาย	30 (9.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	37 (11.6)	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	37 (11.6)
อนุปริญญา/ปวส.	10 (3.1)	เกษตรกรกรรม	177 (55.7)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9 (2.8)	รับจ้าง	25 (7.9)
		อื่นๆ	43 (13.5)
ลักษณะการจัดทำอาหารท้องถิ่นเพื่อบริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		การปลูกพืชผักพื้นบ้านไว้ประกอบอาหารในครัวเรือน	
บริโภคในครัวเรือน	316 (99.4)	ปลูก	179 (56.3)
ประกอบประเพณี/พิธีกรรม	30 (9.4)	ไม่ปลูก	139 (43.7)
ขายหรือจำหน่าย	31 (9.7)		
บุคคลที่ทำหน้าที่จัดหาอาหารให้กับสมาชิกในครัวเรือน		ความถี่ในการประกอบอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ	
ตนเอง	219 (68.9)	ทุกวัน	228 (71.7)
สามีหรือภรรยา	56 (17.6)	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	70 (22.0)
บุตร	27 (8.5)	3-4 ครั้ง/สัปดาห์	14 (4.4)
บิดา มารดา	15 (4.7)	นานๆครั้ง/สัปดาห์	5 (1.6)
ญาติ	1 (0.3)	3-4 ครั้ง/เดือน	1 (0.3)
ปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว			
ไม่มี	114 (35.8)		
มี	204 (64.2)		
โรคเบาหวาน	71 (34.8)		
โรคความดันโลหิตสูง	85 (41.7)		
โรคหัวใจ	2 (0.9)		
โรคไต	8 (3.9)		
โรคหลอดเลือดสมอง	3 (1.5)		
อื่นๆ	35 (17.2)		

ความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ แสดงดังตารางที่ 2
 ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน (n = 318)

ประเด็นความรู้	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ย ±S.D.
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ	106 (33.3)	209 (65.7)	3 (1.0)	0.98±0.30
แหล่งวัตถุดิบและการเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหาร	76 (23.9)	231 (72.6)	11 (3.5)	0.97±0.26
การปรุงอาหาร	43 (13.5)	253 (79.6)	22 (6.9)	0.62±0.24
ความรู้โดยรวม	88 (27.7)	228 (71.7)	2 (0.6)	

การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการสนับสนุนจากครอบครัว รองลงมาคือด้านการสนับสนุนจากรัฐและเอกชน เมื่อพิจารณารายข้อได้ผลดังนี้ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่า มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญและสนับสนุนการบริโภคอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ ด้านการสนับสนุนจากชุมชน พบว่ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่

ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือได้พบปะพูดคุยกับบุคคลและเพื่อนบ้านเกี่ยวกับภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน และนำความรู้จากภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวด้านการสนับสนุนจากรัฐและเอกชน พบว่ามีการสนับสนุนจากรัฐและเอกชนอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดเวทีชาวบ้านเพื่อให้ประชาชนชาวบ้านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพจำแนกโดยรวมและรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว	1.60	2.07	มาก
ด้านการสนับสนุนจากชุมชน	1.25	0.66	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนจากรัฐและเอกชน	1.29	0.70	ปานกลาง
โดยรวม	1.40	0.60	มาก

การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง

การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ ด้านการส่งเสริมสุขภาพพบว่า

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือให้ความสำคัญต่อการบริโภคอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพเป็นอันดับแรก ด้านการป้องกันโรค ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ บริโภคอาหารพื้นบ้านเพื่อช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แข็งแรงและห่างไกลจากอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ด้านการ

รักษาโรค ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือใช้ประโยชน์ มากที่สุด คือ เน้นการปรับอาหารพื้นบ้านจากธรรมชาติ จากอาหารพื้นบ้านเพื่อช่วยให้ระบบทางเดินอาหารและ และวิถีชีวิตมาใช้ดูแลสุขภาพในกลุ่มโรคความเสื่อมของการจับถ่ายได้ดี ด้านการฟื้นฟูสภาพ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย ร่างกาย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้าน เพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง จำแนกโดยรวมและรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	4.07	0.77	มาก
ด้านการป้องกันโรค	3.68	1.00	มาก
ด้านการรักษาโรค	3.88	0.89	มาก
ด้านการฟื้นฟูสภาพ	3.35	1.09	ปานกลาง
โดยรวม	3.74	0.94	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

0.05 มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะการจัดทำอาหาร ประกอบประเพณีพิธีกรรมและบุคคลที่ทำหน้าที่จัดหาอาหารให้กับสมาชิกในครัวเรือน ประกอบด้วยตนเอง สามีหรือภรรยา บิดา มารดา ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้าน เพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	p-value
เพศ	4.38	.112
อายุ	32.25	.905
สถานภาพสมรส	33.09**	.000
ระดับการศึกษา	23.37**	.009
อาชีพ	63.99**	.000
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	36.87	.077
การทำอาหารท้องถิ่นเพื่อบริโภค ประกอบประเพณีพิธีกรรม บุคคลที่ทำหน้าที่จัดหาอาหารให้กับสมาชิกในครัวเรือน	19.34**	.000
ตนเอง	11.00**	.004
สามีหรือภรรยา	11.14**	.004
บิดา มารดา	9.59**	.008

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	p-value
ความถี่ในการประกอบอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ	7.25	.510
การปลูกพืชผักพื้นบ้านไว้ประกอบอาหารในครัวเรือน	5.92	.205
ปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	0.78	.675

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง (r = -.135, p < 0.05) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .450, p < 0.01) ดังตารางที่ 6

ความรู้มีความสัมพันธ์ในทิศทางกลับกันกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง

ตัวแปร (N = 318)	การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา (Y)(X ₁)(X ₂)	ความรู้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน	การสนับสนุนทางสังคม
Y	1	-.135*	.450**
X ₁	1	-.107**	
X ₂	1		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์และสรุป

การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างสามารถนำอาหารพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันด้วยการใช้กระบวนการและวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพได้จริงสอดคล้องกับงานวิจัยของ มะยูริ วงศ์กวานกลม และคณะ²⁰ ที่พบว่าชุมชนอีสานมีการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านอีสานในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ทั้งด้านการป้องกัน การรักษาเยียวยา และการคืนสู่สุขภาพ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

และจิตวิญญาณ

ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทิศทางกลับกันกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเอง อาจเนื่องมาจากความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดเตรียมอาหารพื้นบ้านในชีวิตประจำวัน ทำให้เสียเวลา ค่าใช้จ่าย และการคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองนั้น สมาชิกในครอบครัวต้องมีความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนการจัดทำอาหารพื้นบ้าน จึงจะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงสอดคล้องกับ Becker²¹ ที่กล่าวว่า

บุคคลมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งไม่สะดวก ทำให้เสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย บุคคลประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ก่อนตัดสินใจปฏิบัติและสอดคล้องกับงานวิจัยของพระราชเขมากร²² ที่พบว่า อาหารพื้นบ้านภาคใต้ขาดการสืบทอดองค์ความรู้ ด้านการจัดการอาหารและในกระบวนการจัดการอาหาร อาหารพื้นบ้านภาคใต้บางอย่างต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมและจัดทำอาหารบุคคลขาดความเอาใจใส่และขาดความอดทนต่อการจัดทำอาหารพื้นบ้าน

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพในการดูแลตนเองอาจเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวชุมชนและหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ให้ความสำคัญ ช่วยเหลือสนับสนุนให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารพื้นบ้านและนำความรู้มาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ Callaghan และ Morrissey²³ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพใน 3 ด้าน คือ ช่วยปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตลอดจนพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และช่วยให้เกิด

เอกสารอ้างอิง

1. อำไพ พุดติรพงศ์กุล. ตำราวิชาการอาหารเพื่อสุขภาพ. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
2. พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์. อาหารพื้นบ้านไทย. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2561) เข้าถึงได้จาก <http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/2258>.
3. สุรีย์ ธรรมมิกบวร. ภูมิปัญญาไทยเพื่อการดูแลแบบองค์รวม. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2561) เข้าถึงได้จาก: <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Wisdom.pdf>.
4. สามารถ ใจเตี้ย และดารารัตน์ จำเกิด. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร 2555: 14(2)107-112.
5. อภิญญา ตันทวีวงศ์. บนเส้นทางการจัดการด้านอาหารเพื่อคนไทยทั้งมวล. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2556.
6. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน. นครปฐม: ที คิว พี จำกัด; 2554.
7. Orem,D.E. Taylor, S.G., &Renpenning,K.M. Nursing : Concepts of practice 6th ed. St.Louis:Mosby; 2001.

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญมุ่งเน้นประโยชน์ของภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านจะทำให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพได้จริง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านอาหารพื้นบ้านสอดคล้องกับวิถีชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.สุชีราภรณ์ ฐวานนท์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

8. พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาล
สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์; 2553.
9. กุณนที พุ่มสงวน. สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(2):10-14.
10. Bloom. B.J. (Ed.), Engelhart. M.D., Furst, E.J., Hill,W.H. and Krathwohl, D.R. Taxonomy
of Educational Objectives : Handbook I : Cognitive Domain. New York : David McKay
1956.
11. พศิษฐ์ ตมทวณิช. แนวคิดการจำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์การจัดการศึกษา
ด้านพุทธิพิสัยตามแนวคิดของบลูมและคณะฉบับปรับปรุง. วารสารราชภัฏลำปาง 2557;3(2):13-25.
12. Cohen,S.,Gottlieb,B.H.&Underwood,L.G.Social relationships and health.InS. Cohen,
L.G. Underwood,& B.H. Gottlieb (Eds.), Social support measurement and Intervention
: A guide for health and social scientists (pp. 3-25). New York : Oxford University
Press. 2000.
13. Berkman, L. F. & Glass, T. Social intregration, Social network,and health. InL. F.,
Berkman & I. Kawachi (Eds.), Social epidemiology. New York: Oxford University Press;
2000.
14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว. รายงานประจำปี; 2561.
15. Yamane, Taro. Statistics–An Introductory Analysis.2nd ed. Tokyo: John Weather
Hill,Inc, 1970.
16. ชลลดา ทวีคุณ และจิราณีย์ พันมุล. การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในมิติอาหารเพื่อสุขภาพ :
กรณีศึกษาไทยทรงดำ ตำบลไผ่หูช้าง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม
2561). เข้าถึงได้จาก: <http://research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2558/2558240240326.pdf>.
17. Bloom BS. ‘Learning for mastery’ Evaluation comment. Center for the study of
instruction promgrame. University of California at Los Angeies.Vol 2; 1986.
18. House,J.S. Workstress and social support.Reading,MA: Addison Wesley.1981.
19. Best JW. Research in education. Englewood Cilifts. New Jersey: Printice–Hall 1970.
20. มะยูรี วงศ์กวานกลม, หรรษา เศรษฐบุปผา และชวพร พรธณ. ภูมิปัญญาพื้นบ้านอีสานในการดูแล
สุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา. พยาบาลสาร 2554;38(3):122-133.
21. Becker. M.H. The health belief model and personal health behavior (pp.82-92).
Thorofare, NJ:CharlesB. Slack; 1974.
22. พระราชเขมากร. อาหารพื้นบ้าน:กระบวนการจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตและจริยธรรมทางสังคม.
วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่ 2561;4(2):131-148.
23. Callaghan & Morrissey, Social support and health: A review. Journal of Advanced
Nursing 1993;18:203-210.